

Patient Health Questionnaire

Nombre:	Número de teléfono:
Fecha de nacimiento:	WIC Id#:
Circule lo que le aplique.	
Yo soy:	
Caucasian/White	Latino/Hispano
Alaskan/American Indian	Pacific Islander
Asiático	Middle Eastern
	African American
	Other:

Durante las últimas 2 semanas, ¿Con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso/a, ansioso/a o al borde	0	1	2	3
No tiene la capacidad de detener o controlar sus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
Add Columns				
Alguien está intentando controlarle, amenazarle, lastimarlo (física o verbalmente)	0	1	2	3
Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

¿Por qué se siente decaída, estresada o preocupada?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No estoy decaída, estresada o preocupada <input type="checkbox"/> Asuntos económicos <input type="checkbox"/> Problemas con la crianza de los hijos <input type="checkbox"/> Problemas de salud <input type="checkbox"/> Preocupaciones de vivienda <input type="checkbox"/> Problemas con mi pareja <input type="checkbox"/> El no dormir suficiente/cansancio <input type="checkbox"/> Tengo demasiado que hacer/no me sobra tiempo para mi <input type="checkbox"/> No estoy contenta con mi peso/cuerpo | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preocupaciones de seguridad <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol <input type="checkbox"/> Pérdida de un familiar <input type="checkbox"/> Grandes cambios en la vida (mudarse, separación, cambio de trabajo, nuevo bebé, embarazo) <input type="checkbox"/> No sé/no estoy segura <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|

<u>OFFICE USE ONLY</u>			
TX Y or N	MX Y or N	Referrals _____	TOTAL _____
Does client want a PHN Referral? Y or N			